

C 127

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

CISTO HEPÁTICO SOLITÁRIO NÃO-PARASITÁRIO

Florianópolis, novembro de 1986.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

CISTO HEPÁTICO SOLITÁRIO NÃO-PARASITÁRIO

AUTORAS:

*EDNA MARIA NIERO

*LEISA MARIA LEAL

ORIENTADOR:

**CARLOS ALBERTO JUSTO DA SILVA

*Doutorandas da 12ª fase do curso de medicina.

**Médico Cirurgião do Hospital Universitário.

Agradecimentos

- * Dr. Carlos Alberto Justo da Silva
- * Dr. Waldomiro Dantas
- * Rosa Carolina Lima D'Aquino

ÍNDICE

I - INTRODUÇÃO	1
II - CASUÍSTICA E MÉTODOS	6
III - RESULTADOS	11
IV - DISCUSSÃO	15
V - CONCLUSÃO	20
VI - RESUMO	21
VII - ABSTRACT	22
VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

I - INTRODUÇÃO :

Cistos hepáticos congênitos solitários são, de modo geral, descobertos acidentalmente em laparotomias ou necrópsias(3,6,10,11,13,17); os casos sintomáticos são raros(1,3,4,6,7,8,9,11,12,13,16). Tem-se descrito na literatura mundial, um número ínfimo de cistos hepáticos solitários(3,5,8,9,10,13). Autores como Keller, Fernandes, Garred, William e Bernardo, citam que foi Michel em 1856, que descreveu o primeiro caso de cisto solitário de fígado, outros autores no entanto, atribuem a Brodie (1846).

Doença policística pode afetar o fígado com ou sem envolvimento renal(4,7), mas cistos hepáticos solitários raramente acometem o rim.

Sua etiologia permanece em discussão(3,7,9,10,12,17), e a teoria mais aceita é a de Moschowitz, em que os cistos derivariam de ductos biliares aberrantes(1,3,5,6,7,8,9,10,12,13,17). A incidência em mulheres é maior que em homens(4,7,9,10,11,12,13,15). O diagnóstico específico pode ser eventualmente estabelecido no pré-operatório, através do exame físico, ultrassonografia e títulos séricos negativos para equinococo e ameba(10).

Este trabalho tem por objetivo, relatar 4 casos de cistos congênito solitário não-parasitário de fígado, sintomáticos, diagnosticados nos Hospitais de Caridade e Universitário, no período de 1981 a 1985.

II - CASUÍSTICA E MÉTODOS:

folha - casuística

Este é um trabalho retrospectivo que analisa quatro casos de cistos hepáticos solitários.

Os dados de quadro clínico, laboratório e terapêutica foram analisados comparativamente com dados de literatura. São tecidos alguns comentários sobre a etiologia e os achados do anátomo-patológico.

Devido ao pequeno número de casos, não nos é permitido retirar dados percentuais.

Percentuais

CASO 2:

C.M.N., feminino, branca, 26 anos. Há 2 anos, aumento de volume do abdômen, icterícia e vômitos frequentes. Há 1 ano foi submetida à punção, ^{abdominal} onde retirou-se 2 litros de secreção sero-sanguinolenta.

A ultrassonografia e laparoscopia, mostraram um tumor cístico hepático. ^{my laparotomy} Optou-se por ressecção do cisto, que era volumoso e localizado em lobos esquerdo e direito. Por detectar-se dilatação de 1,2 cm do colédoco, que continha pequeninos cálculos pretos, realizou-se também coledocostomia. A colangiografia pelo dreno de Kehrr, no pós-operatório, mostrou hepatomegalia, colédoco com calibre normal e pênneo, árvore biliar intrahepática dilatada com múltiplos cistos e enchimento parcial de um deles.

O anátomo-patológico revelou parede cística de mais ou menos dez centímetros, pardacenta, e com áreas amareladas. O exame histopatológico, revelou cortes de fígado em continuidade com a parede do cisto, exibindo fibrose, congestão e proliferação de ductos. O diagnóstico foi de cisto hepático.

No pós-operatório, apresentou fístula biliar de baixo débito, que resultou no aumento do tempo de permanência hospitalar, sendo instituída antibioticoterapia.

CASO 3:

V.M.S., feminino, branca, 40 anos, procurou o hospital referindo febre, vômitos e dor epigástrica há 6 horas, que se localizou posteriormente em fossa ilíaca direita. Ao exame físico, observou-se mucosas hipocoradas (+++/4+), temperatura axilar de 37,9 °C e temperatura retal de 38,2 °C. Abdomem globoso, doloroso à palpação em fossa ilíaca direita, com massa volumosa e maciça ocupando epigástrico, hipocôndrio direito e flancos.

Provas laboratoriais: glicose levemente aumentada. Creatinina, GOT, GPT, fosfatase alcalina, proteínas totais, albumina e globulinas normais. Hemograma com leucocitose e desvio à esquerda e eosinopenia. O urograma excretor revelou velamento em hipocôndrio direito, ^{retardo} de excreção pelo rim direito, que estava aumentado de volume, compressão sobre os cálices do polo inferior e deslocamento do ureter para a esquerda. Ao Rx de tórax: elevação do hemidiafragma direito e ao Rx de abdome, velamento homogêneo no andar superior do abdome, com sinais de compressão gástrica. Na arteriografia seletiva de tronco celíaco: aumento de volume do lobo direito do fígado (23 x 17 cm), deslocamento vascular em arco no lobo direito sem neoformação vascular. E a de artéria renal direita, mostrou também aumento do rim direito (7 x 18 cm) com oclusão de alguns ramos interlobulares no polo inferior do rim.

Levada à cirurgia, efetuou-se ressecção de volumoso cisto hepático, multilobular, localizado em lobo direito, que continha mais ou menos 6 litros de líquido piosanguinolento, fétido, em seu interior.

A biópsia por congelação da parede do cisto, não evidenciou malignidade. Na cultura do conteúdo cístico cresceu *Klebsiella* sp. No anátomo-patológico, o lobo direito do fígado mediu 20 centímetros, deformado por volumoso cisto de parede espessada, com superfície interna irregular, pardacenta e em áreas, recoberto por exsudato fibrinopurulento.

CASO 4:

F.B.C., feminino, branca, 64 anos, foi encaminhada do interior do estado com tumor abdominal, cuja hipótese diagnóstica seria cisto amebiano. Iniciou há 1 ano com aumento progressivo do volume abdominal, dor e icterícia. Refere também emagrecimento de 8 quilos nesse período. Ao exame físico: massa abdominal em hipocôndrio e flanco direito, de aproximadamente 10 centímetros, móvel, indolor e de aspecto cístico. Estava afebril e anictérica.

A colangigrafia venosa mostrou ausência de vesícula biliar e à urografia excretora, não havia alterações. O Rx de abdome, evidenciava calcificações em hipocôndrio direito. Hemograma, glicemia, eletrólitos e amilase eram normais. À ultrassonografia: volumoso processo expansivo cístico abdominal, à direita da linha média e as hipóteses diagnósticas foram de pseudocisto de pâncreas, cisto mesentérico e cisto de ovário (~~refere ooforectomia bilateral há 17 anos~~). À seriografia esofagogastro duodenal, o estômago, arco duodenal e jejuno estavam rechaçados para a esquerda, ~~porém eram normais. não havia lesões~~.

À laparotomia, encontrou-se múltiplos cálculos na vesícula biliar, que estava afixada em uma das paredes do cisto e presença de cisto hepático medindo cerca de 25 centímetros de diâmetro. O tratamento instituído foi colecistectomia e exérese de cisto hepático. O anatomo-patológico confirmou o diagnóstico de cisto hepático de etiologia indeterminada, sem sinais de malignidade ou parasitas, e colecistite crônica calculosa.

III - RESULTADOS:

QUADRO I

Cisto Hepático Solitário Não-Parasitário.*

Distribuição dos casos de acordo com a idade, sexo e raça.

Casos	Idade	Sexo	Raça
1	45	Fem	Br
2	26	Fem	Br
3	40	Fem	Br
4	64	Fem	Br

Fem= Feminino Br= Branca

* Hospital de Caridade e Hospital Universitário
Florianópolis - S.C.
Novembro de 1981 - Setembro de 1985.

QUADRO II

Cisto Hepático Solitário Não-Parasitário.*

Quadro Clínico.

Sinais e Sintomas	1	Casos 2	3	4
Aumento de volume abdominal	4	4	3	4
Dor abdominal	4	4	3	4
Icterícia	-	2	-	4
Emagrecimento	-	-	-	4
Febre	-	-	3	-
Vômitos	-	2	3	-

* Hospital de Caridade e Hospital Universitário
Florianópolis - S.C.

Novembro de 1981 - Setembro de 1985.

QUADRO III

Cisto Hepático Solitário Não-Parasitário.*

Distribuição dos casos segundo localização do cisto e cirurgia realizada.

Casos	Localização	Cirurgia
1	Lobo direito do fígado.	Hepatectomia parcial do lobo direito de hepatectomia
2	Lobo direito e esquerdo do fígado.	Exerese do cisto + Coledocostomia.
3	Lobo direito do fígado	Exerese do cisto.
4	Lobo direito do fígado.	Exerese do cisto + colecistectomia.

* Hospital de Caridade e Hospital Universitário
Florianópolis - S.C.
Novembro de 1981 - Setembro de 1985.

Cisto Hepático Solitário Não-Parasitário.*
Exames Complementares.

Casos	Ex. Laboratoriais	Rx de abdomen	Ultrassonografia	SEGD	U. Excretor Colangiog.	Arteriog.	Laparoscopia
1	Sem alterações	Massa abdomi- nal.	Massa abdominal de consistência cística.	—	—	—	Formação de consistência cística em HD não pulsátil, encapsulada. Sem ascite. Tumor cístico hepático.
2	Leucocitose sem desvio à esquer- da. Demais ex. sem alterações.	—	Tumor cístico he- pático.	—	—	—	
3	Glicose levemente aumentada. Leucocitose com desvio à esquer- da e eusinopenia	Velamento em andar supe- rior do abdo- men. Sinais de compres- são gástrica.	—	—	Velamento em HD Retardo de ex- creção pelo rim direito. Rim au- mentado de volu- me. Deslocamen- to do ureter pa- ra esquerda.	Aumento do volume do lobo direi- to do fíg- ado. Sem neo- formação vascular.	
4	Sem alterações	Calcificações em HD.	Volumoso proces- so expansivo cís- tico abdominal. denal, je- juno nor- mais, po- rém recha- çados pa- ra esquer- da.	Estômago, arco duo- denal, je- juno nor- mais, po- rém recha- çados pa- ra esquer- da.	Sem alte- rações.	Ausência de vesí- cula bi- liar.	

Ex= Exame. SEG= Seriografia Gastroduodenal. U. Excretor= Urograma Excretor. Colangiog.= Colangiografia.
Arteriog.= Arteriografia. HD= Hipocôndrio Direito.
* Hospital de Caridade é Hospital Universitário
Florianópolis - S.C.

VI - DISCUSSÃO:

Os cistos solitários de fígado, são afecções raras na clínica, já que a maioria dos pacientes permanece assintomática(1,3,4,6,7,8,10, 11,12,13,17). O diagnóstico de cisto hepático solitário, é estabelecido por exclusão entre as demais patologias de apresentação cística do fígado. Estas afecções foram classificadas por Lambruschi e Rudolf⁽¹⁾ (Fig. 1) e se observam dois grandes grupos; parasitários e não parasitários, entre estes, os cistos congênitos do fígado(3,9). Para nos localizarmos melhor no presente estudo a classificação de Sonntag para cistos não parasitários, nos parece mais adequada (Fig 2) (8). Entre as doenças relacionadas na classificação de Sonntag⁽⁸⁾, a que mais frequentemente pode causar dúvida diagnóstica, é a doença policística do fígado, mas que está comumente associada à doença policística do rim(7,9,12) e algumas vezes, do pâncreas(13), o que não acontece com os cistos hepáticos solitários.

A totalidade dos casos estudados era do sexo feminino. A literatura mostra uma preponderância em mulheres(4,7,9,10,11,12,13,15,17), e isso é explicado por provável influência hormonal sobre o parênquima hepático. O uso de contraceptivo oral induziria à formação de adenoma hepático, mas seu aparecimento estaria condicionado também a um fator congênito(13).

Várias teorias sobre a origem dos cistos solitários benignos não parasitários, têm sido propostas. A mais usualmente aceita é a de Moschowitz (1906) que descreveu a presença de ductos biliares aberrantes, em cistos hepáticos cuja gênese se deve à fatores congênitos, e atribuiu a formação dos cistos à obstrução ou hiperplasia inflamatória desses ductos(1,3,5,6,7,8,9,10,12,13,17). Fatores desencadeantes como os contraceptivos orais, já citados anteriormente, poderiam levar ao menor ou maior crescimento desses cistos.

Dos cistos solitários 60% se localizam na superfície inferior do lobo hepático direito(8). Não encontramos, no entanto, na literatura pesquisada, dados que justifiquem esta afirmativa. Porém, em nosso estudo, isso foi corroborado.

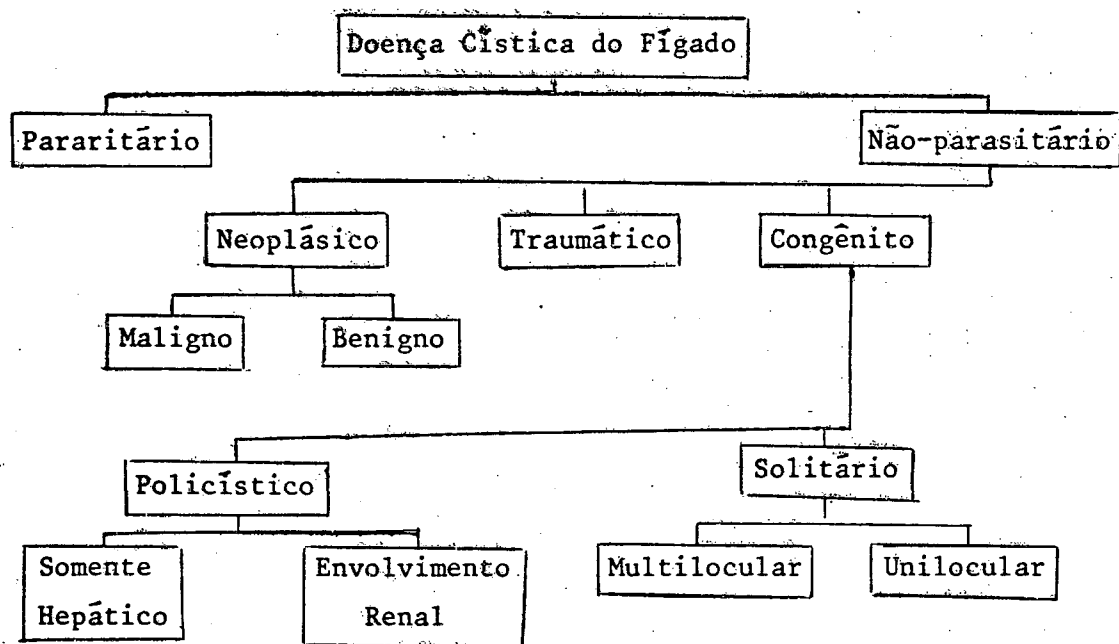


Figura 1. Classificação de Lambruschi e Rudolf. ()

- A - Pseudocisto (Degenerativo)
- B - Teratomatoso (Dermóide)
- C - Linfático (Linfangiomatoso)
- D - Endotelial (Revestimento epitelial ciliado)
- E - Proliferativo (Cistoadenoma)
- F - Retenção
 - 1 - Solitário
 - 2 - Multiplô

Figura 2. Classificação de Sonntag. ()

A maioria dos cistos é detectada da quarta à sétima década de vida(7,9,10,12,13,14). Em nossa amostragem, a idade variou de 26 à 64 anos. Embora a doença já tenha sido observada em neonatos(13), o retardo no diagnóstico se deve ao fato de que a maioria tenha crescimento assintomático(1,3,6,7,9,10,11,12,13,17), ou porque apresentam sinais e sintomas inespecífico, comuns às várias afecções do tubo digestivo(3,6,7,8,9,10,17). Dos 4 casos analisados 3 possuíam sintomatologia de evolução igual ou superior a um ano. A literatura quanto a esse aspecto, cita que a duração dos sintomas oscila desde uns poucos dias até vários anos(4). Com o tempo, o aumento do líquido de retenção intra-cístico, comprime órgãos intra-abdominais e a sintomatologia adquire maior intensidade, o que leva o paciente a procurar recursos médicos(1,3,4,10,11). O quadro clínico é geralmente ^{complicado} constituído de distensão abdominal, astenia, náuseas, vômitos, e dor em andar superior do abdome(10,11,12,17). O diagnóstico é facilitado, se ao exame físico o paciente apresentar-se icterico e com massa abdominal palpável. Quando o paciente desenvolve icterícia, esta deve-se à compressão extrínseca da árvore biliar extra-hepática pelo cisto(1, 3, 7,12, 13,17).

Nenhum dos ~~casos~~ casos foi achado de laparotomia, dessa forma eram sintomáticos. Nos casos analisados (Tab.2), os sinais e sintomas encontrados por ordem de maior frequência, foram: aumento de volume abdominal, dor abdominal difusa, icterícia, vômitos, emagrecimento e febre.

Antes do advento da ultrassonografia, cistos hepáticos simples, eram raramente diagnosticados no pré-operatório(4,14). Seu uso rotineiro, tem possibilitado atualmente, não só um aumento no número de diagnósticos dessa patologia, mas também sua diferenciação em lesões císticas ou sólidas e sua delimitação(3,4,7,9,13). Na confirmação de massas císticas de topografia hepática, ^{melhor no exame} ~~onde~~ a ultrassonografia é o melhor(1). testes sorológicos são necessários para o diagnóstico diferencial entre cisto hidático, abscesso amebiano e cistos solitários não-parasitários de fígado(3,7,8,9,10,17). Além disso, cistos parasitários são frequentemente diagnosticados em áreas geográficas, onde doença hidática e amebiana são endêmicas(4). Entram também

no diagnóstico diferencial: pseudocisto pancreático, cistos de ovário, empiemas vesiculares, cistos de mesentério e cistos neoplásicos de fígado(3,7,9,14,17). A angiografia não é de ajuda na determinação de etiologia do cisto, mas pode auxiliar na escolha da terapêutica, evidenciando deslocamentos dos vasos hepáticos, bem como áreas avasculares (3,7,9,10,13,17). A tomografia computadorizada tem um alto grau de especificidade no diagnóstico de massas hepáticas, em particular, na diferenciação entre cisto hepático benigno e neoplasias hepáticas(2,9). A não ser que o paciente apresente icterícia, os resultados de exames laboratoriais usualmente não são afetados, inclusive as provas de função hepática(3,6,7,8,9,17).

Nos casos analisados não encontramos complicações decorrentes da presença do cisto. A literatura, no entanto, refere que dor súbita e de forte intensidade, pode sugerir hemorragia, ruptura com peritonite, infecção ou raramente torção de um cisto pediculado(3,7,8,9,10,13,17).

O tratamento para cistos assintomáticos é expectante, especialmente em pessoas de idade avançada ou com outras doenças que aumentem o risco cirúrgico(3,4,9,10,13). No entanto, cabe ressaltar que existe a possibilidade de degeneração maligna da parede epitelial do cisto, embora seja complicação rara que decorre da transformação de uma zona de metaplasia do epitélio(3,10,13,17). Cistos hepáticos em pacientes jovens, sintomáticos, requerem tratamento cirúrgico(7,9,10,13,17). A localização, extensão e relações anatómicas do cisto com estruturas vizinhas, devem tanto quanto possível, ser estabelecidas no pré-operatório, pois isto apresenta implicações na escolha da técnica cirúrgica (9,13,17). O tratamento varia desde a aspiração até a ressecção hepática(1,8,9,10,11,17). As opções das técnicas cirúrgicas incluem, extirpação com ou sem ressecção hepática, marsupialização e cisto-enterostomia. Cistos que apresentem comunicação com a via biliar principal, devem ser drenados internamente através de cisto-enterostomia(3,7,9,10,13). Este fator enfatiza a importância de confirmar essa comunicação no pré-operatório. Cistos localizados superficialmente com bom plano de clivagem, o que ocorre na maioria dos casos, devem ser tratados por extirpação. A ressecção hepática é indicação de exceção e está reservada

para os casos sintomáticos de cistos intraparenquimatosos. Drenagem percutânea com agulha, tem sido difundida para cistos de pequeno (1-3 cm) a moderado (3-10 cm) tamanhos(10).

Dos 4 casos relatados, em 3 pela existência de plano de clivagem adequado, foi realizada exeresse. O outro caso, por apresentar localização intraparenquimatosa, houve necessidade de se realizar hepatectomia parcial à direita, para completa retirada do cisto. A presença de sintomatologia em todos os casos, atribuída ao cisto, deve ser ~~tomada a luz~~ ^{inferida} de que 2 dos 4 pacientes apresentavam patologias concomitantes, respectivamente cálculos de colédoco e colecistite calculosa, a quem se poderia atribuir o quadro clínico. Dessa forma, em um paciente (caso 2) a exeresse se acompanhou de coledocostomia para retirada de cálculos e o outro (caso 4), de exeresse mais colecistectomia. Todos apresentaram evolução favorável no pós-operatório, não ocorrendo óbitos, sendo que o caso 2, por provável comunicação entre a via biliar e o cisto, evoluiu com fístula biliar de baixo débito, o que resultou no aumento do tempo de permanência hospitalar (22 dias) e a necessidade de se instituir antibioticoterapia.

No anátomo-patológico, ~~(com pequena variação entre os casos,~~ os cistos eram revestidos internamente por epitélio cúbico, apresentavam áreas pardacentas, fibrose e hialinização(8,10,17) confirmando o diagnóstico de cisto hepático de etiologia desconhecida.

V - CONCLUSÃO:

Face à raridade da patologia e reduzido número de casos, não nos é permitido retirar dados epidemiológicos. Porém, fundamentados na análise da literatura, podemos concluir que: os cistos hepáticos congênitos solitários, são afecções mais frequentes em mulheres, que nos casos sintomáticos, o achado mais frequente é o aumento do volume abdominal e que a extirpação do cisto sem ressecção hepática, representa o procedimento cirúrgico de eleição.

VI - RESUMO:

Foram analisados 4 casos de cisto hepático congênito solitário não-parasitário, atendidos nos Hospitais de Caridade e Universitário, no período de novembro de 1981 à setembro de 1985.

A totalidade dos casos foi observada no sexo feminino, eram sintomáticos e apresentavam aumento do volume abdominal. O tratamento instituído foi cirúrgico e a técnica variou, dependendo da extensão e localização do cisto, de exereses do cisto à hepatectomia. Os pacientes apresentaram boa evolução pós operatória, sendo observado em um caso, fístula biliar. Não houve mortalidade no grupo. Durante o trabalho é feita uma revisão bibliográfica sobre o assunto.

VII - ABSTRACT:

Four instances of nonparasitic solitary hepatic cysts were analysed, admitted in the Charity's Hospital and University Hospital of Florianópolis - SC, over the period from november 1981 to september 1985.

The totality of the cases was observed in the feminine sex, symptomatic and with increase of the abdominal volume. The surgical techniques used were complete excision of the cyst and partial hepatic resection, depending on the size and location of the cyst. One patient apresented postoperatively biliary fistula. There isn't mortality in the group.

^{about} In the course of this study was realized a bibliographic revision above the theme.

VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 - AUSTIN, E.H.; MITCHELL, G.E.; OLIPHANT, M.; KILLENBERG, P.; ODDSON, T.; THOMPSON, W.M.; CHITWOOD, W.R. & JONES, R.S., Solitary hepatic cyst and benign bile duct polyp: A heretofore unheralded association. Surgery 89 (3): 359 - 63, mar. 1981.
- 2 - BARNES, P.A.; THOMAS, J.L. & BERNARDINO, M.E.. Pitfalls in the diagnosis of hepatic cysts by computed tomography. Radiology 141: 129 - 33, oct. 1981.
- 3 - BERNARDO, A.J.; GARCIA, F.A.; GONZALES, J.M. & URURZUN, F.J.. Quiste hepático solitário, no parasitario, gigante. Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. 59 (2): 237 - 44, feb. 1981.
- 4 - BURCHARTH, F.; SOLGAARD, S.; MISKOWIAK, J.; GRONVALL, S. & HANCKE, S. Ultrasonically diagnosed simple cysts of the liver. Radiologe 24 (4): 95 - 7, apr. 1984.
- 5 - BYRNE, W.J. & FONKALSRUD, E.W.. Congenital solitary nonparasitic cyst of the liver: A rare cause of a rapidly enlarging abdominal mass in infancy. Journal of Pediatric Surgery 17 (3): 316 - 7, jun. 1982.
- 6 - CATZIN, Fernando. Quistes no parasitarios del hígado. Rev. Gastroent. Mex. 17 (4): 207 - 10, 1982.
- 7 - FERNANDEZ, M.; CACIOPPO, J.C.; DAVIS, R.P. & NORA, P.F.. Management of solitary nonparasitic liver cyst. The American surgeon 50 (4): 205 - 8, apr. 1984.
- 8 - GARRED, J.L. & CRESWELL, R.. Congenital non-parasitic solitary cyst of the liver. Iowa Medicine 75 (2): 65 - 6, feb. 1985.
- 9 - HYDE, G.L.; BERTRAM, R.L. & SCHWARTZ, R.W.. Solitary nonparasitic hepatic cyst. Southern Medical Journal 74 (11): 1357 - 60, nov. 1981.
- 10 - KELLER, S.M. & GOLDFARD, A.B.. Solitary nonparasitic liver cysts. New York State Journal of Medicine. 85 (3): 95 - 6, mar. 1985.

- 11 - LIZÁRRAGA, C.R.L.; BARBA, E.J.; MARQUEZ, H.A.; SANDOVAL, J.M., MARTÍNEZ, S.O. & RAMOS, O.D.. Tratamiento quirúrgico de los quistes solitarios no poarasitarios del hígado. Rev. Gastroenterol. Mex. 49 (4): 239 - 42, 1984.
- 12 - MORETO, M.; SIMON, R.; ECHEVARRIA, A. & USOBIAGA, J.. Quistes solitario no parasitario de hígado, complicado por una tumoración del colédoco distal. Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. 62 (3): 231 - 5, sep. 1982.
- 13 - RASHED, A.; MAY, R. E. & WILLIAMSON, R.C.N.. The management of large congenital liver cysts. Postgraduate Medical Journal 58 (683): 536 - 41, sep. 1982.
- 14 - ROEMER, C.E.; FERRUCCI, J.T.; MUELLER, P.R.; SIMEONE, J.F.; VANSON-NENBERG, E. & WITTENBERG, J.. Hepatic cysts: diagnosis and therapy by sonographic needle aspiration. AJR 136: 1065 - 70, jun. 1981.
- 15 - SAINI, S.; MUELLER, P.R.; FERRUCCI, J.T.; Simeone; J.F.; WITTENBERG, J. & BUTCH, R.J.. Percutaneous aspiration of hepatic cysts does not provide definitive therapy. AJR 141: 559 - 60, sep. 1983.
- 16 - SHERLOCK, S.. Diseases of the liver and biliary system, London, 7 ed, Blackwell scientific publication, 1985.
- 17 - SIANESI, M.; FARINON, A.M. & SACCO, M.. Symptomatic non-parasitic congenital cysts of the liver. Int. Surg. 67 (4): 453 - 5, oct. - dec. 1982.

TCC
UFSC
CC
0127

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0127

Autor: Niero, Edna

Título: Cisto hepático solitário não-par



972801734

Ac. 252956

Ex.1 UFSC BSCCSM